Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 9/ No. 6/ 2023
Page: 64-77

The effectiveness of emotion focused therapy on mental pain, experiential avoidance, and forgiveness in women with depression, who experienced a romantic relationship breakup

Behnaz Ertezaee[1], Abdolkazem Neissi[2], Najmeh Hamid[3], Iran Davoudi[4]

1-PhD Student, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
2- Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Corresponding Author). E-mail: Kazem23@yahoo.com
3- Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
4- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Received: 22/10/2022 **Accepted:** 17/01/2023

Abstract

Introduction: Depression and love trauma syndrome are characterized by changes in mood and emotions and disruptions in performance.

Aim: This study aimed to investigate the effectiveness of emotion focused therapy on mental pain, experiential avoidance, and forgiveness in women with depression, who experienced a romantic relationship breakup.

Method: In the present study, a semi-experimental, pretest-posttest, control group design with a three-month follow-up was employed. The statistical population consisted of all females, aged 18-35 years, who experienced a romantic relationship breakdown in Isfahan, Iran, in 2021. Thirty participants were selected via available sampling and randomly divided into control and experimental groups. The experimental group participated in 10 sessions of emotion focused therapy (90 minutes per session). For data collection, the Structured Clinical Interview for DSM-V Axis I Disorders (SCID-I), Love Trauma Syndrome Questionnaire (1999), Beck Depression Inventory (1996), Heartland Forgiveness Scale (2005), Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (2003), and Acceptance and Action Questionnaire (2004) were used. Descriptive and inferential data were analyzed in SPSS Version 24, using repeated measures analysis of variance (ANOVA).

Results: The results indicated significant differences in the mean scores of mental pain, experiential avoidance, and forgiveness between the experimental and control groups ($P<0.001$). Regarding these variables, 73.1%, 39.7%, and 80.1% of the variance between the groups in the post-test, and 76.2%, 41.8%, and 77.1% of the variance between the groups in the follow-up were attributed to the effects of intervention, respectively.

Conclusion: The emotion focused therapy was effective in improving the mental pain, experiential avoidance, and forgiveness of women with depression and who experience relationship breakdown. Therefore; this method can be used to improve the emotional health of these women.

Keywords: Depression, Emotion focused therapy, Forgiveness, Avoidance, Mental pain

How to cite this article: Ertezaee B, Neissi A, Hamid N, Davoudi I. The effectiveness of emotion focused therapy on mental pain, experiential avoidance, and forgiveness in women with depression, who experienced a romantic relationship breakup. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 9 (6): 64-77. URL: https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1641-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال نهم، شماره ۶، ۱۴۰۱
صفحات: ۷۷-۶۴

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش زنان مبتلا به افسردگی دارای تجربه شکست عاطفی

بهناز ارتضائی[۱]، عبدالکاظم نیسی[۲]، نجمه حمید[۳]، ایران داودی[۴]

۱.دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Kazem23@yahoo.com
۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۳۰ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۱/۱۰/۲۷

چکیده

مقدمه: افسردگی و نشانگان ضربه عشق، بـا دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شوند و عملکرد افراد را مختل می‌کنند.

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش زنان مبتلا به افسردگی دارای تجربه شکست عاطفی بود.

روش: طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی زنان ۱۸ الی ۳۵ سال دارای تجربه شکست عاطفی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود که ۳۰ آزمودنی به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایش، درمان هیجان‌مدار را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه بالینی ساختاریافته اختلالات محور یک، پرسشنامه نشانگان ضربه عشق (۱۹۹۹)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶)، مقیاس بخشش هارتلند (۲۰۰۵)، پرسشنامه درد ذهنی اورباخ و میکلینسر (۲۰۰۳) و مقیاس پذیرش و عمل (۲۰۰۴) استفاده شد. داده‌های توصیفی و استنباطی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات متغیرهای درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$) و به ترتیب ۷۳/۱، ۳۹/۷ و ۸۰/۱ درصد از تفاوت گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون و ۷۶/۲، ۴۱/۸ و ۷۷/۱ درصد از تفاوت گروه‌ها در مرحله پیگیری ناشی از اثر مداخله بوده است.

نتیجه‌گیری: درمان هیجان‌مدار بر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش زنان دارای افسردگی همبود با شکست عاطفی مؤثر بود و از این روش می‌توان برای تقویت سلامت عاطفی این افراد سود جست.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، درمان هیجان‌مدار، بخشش، اجتناب، درد ذهنی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

مقدمه

افسردگی[1] یکی از مسائل مهم و کلیدی در جوامع امروزی است که باعث بروز مشکلاتی در تمامی گروه‌ها و افراد شده است (صالحی، مکاری، دستانی و کیومرثی، ۱۴۰۱). براساس ملاک‌های پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2]، افسردگی با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود و با علائمی از قبیل خلق منفی، بی لذتی، احساس گناه و کاهش عزت نفس و اختلال در خواب و اشتها به مدت حداقل دو هفته در اغلب روزها و ساعات بروز می‌کند. شیوع آن در زنان تقریباً دو برابر مردان و در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را دارد (انجمن روانشناسی آمریکا[3]، ۲۰۱۳). نشانگان ضربه‌ی عشق از جمله مشکلات روانشناختی است که می‌تواند علائم افسردگی را تشدید کند (دل‌پالاکیوگونزلز، کلارک و اوسیلوان[4]، ۲۰۱۷). راس[5] (۲۰۰۷) نشانگان ضربه عشق را مجموعه علائمی که پس از فروپاشی رابطه عاشقانه بروز پیدا کرده و عملکرد فرد را مختل و واکنش غیر انطباقی به دنبال دارد، معرفی کرده است و شامل چهار ویژگی برانگیختگی، اجتناب، یادآوری خودکار و بی‌تفاوتی هیجانی است (راس، ۲۰۰۷).

تجربه شکست عاطفی[6] می‌تواند منجر به ایجاد پریشانی روانشناختی و حساسیت به درد ذهنی شود (دل‌پالاکیوگونزلز و همکاران، ۲۰۱۷). درد ذهنی[7] توسط ناکامی در ارضای نیازها مانند محبت، کنترل، حمایت، امنیت یا درک ایجاد می‌شود که منجر به ترکیبی از هیجانات منفی مانند احساس گناه، شرم، تحقیر، غم و اندوه، ناامیدی و خشم می‌شود (مرویک، فورد و وایس[8]، ۲۰۱۵). تیمولاک[9] پیشنهاد می‌کند که درد ذهنی ظهور حسی منفی نسبت به خود است که از نقض یا برآورده نشدن نیازهای روانی ایجاد می‌شود (تیمولاک، ۲۰۱۵). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که درد ذهنی پاسخ به یک آسیب بین فردی است و افراد افسرده در تعامل با محیط پاسخ مناسبی برای رفع این نیازها دریافت نکرده‌اند (گرینبرگ، ۲۰۱۵). اگرچه درد ذهنی منحصر به مبتلایان افسردگی نیست؛ اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این افراد از سطوح بالاتری از درد ذهنی شکایت دارند (ترویستر، داگاتا و هولدن[10]، ۲۰۱۵)؛ بنابراین درمانی مبتنی بر تسهیل دستیابی به نیازهای روانی، باعث کاهش درد ذهنی و افسردگی می‌شود (مرویک و همکاران، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، سایر مطالعات نشان می‌دهد حساسیت بالا به درد ذهنی با رفتارهای ناسازگار از جمله اجتناب از تجربیات و عدم تمایل برای پذیرش رویدادهای دردناک رابطه دارد (یاسینکی، هینز، ردی، آبل، جرج و همکاران[11]، ۲۰۱۹).

اجتناب تجربی[12] به صورت ارزیابی منفی افراطی از احساسات و افکار ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه این رویدادها و تلاش برای کنترل یا فرار از آن‌ها تعریف می‌شود (دریادل، میکائیلی و مولوی، ۱۴۰۰؛ وفاپور، کرمی و مومنی، ۱۴۰۰). پیامد فوری اجتناب، رهایی از حالات آزاردهنده است ولی در بلند مدت، باعث ایجاد چرخه معیوبی می‌شود که عملکرد فرد را محدود کرده و می‌تواند زمینه‌ساز و تداوم بخش اختلالات عاطفی به خصوص

[1]- Depression
[2]- Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)
[3]- American Psychological Association
[4]- Del Palacio-González, Clark & O'Sullivan
[5]- Rosse
[6]- Romantic relationship breakup
[7]- Mental pain
[8]- Meerwijk, Ford & Weiss
[9]- Timulak
[10]- Troister, D'Agata & Holden
[11]- Yasinski, Hayes, Ready, Abel, Görg & et al
[12]- Experimental avoidance

افسردگی باشد (وفاپور و همکاران، ۱۴۰۰؛ اسمری، رسولی و اسکندری، ۱۳۹۶).

جدا از عوامل زمینه‌ساز و آشکارساز اشاره شده برای افسردگی، بخشش[1] به عنوان یکی از سازه‌های روانشناسی مثبت و فرآیندی جهت التیام اختلالات عاطفی معرفی می‌شود (فریدمن و انرایت[2]، ۲۰۱۷). این سازه ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری دارد و باعث می‌شود افراد مفروضات قبلی‌شان را در هم آمیخته و درک جدیدی از پیامدهای خطا پیدا کنند (ولدارسکی منس و گرینبرگ[3]، ۲۰۱۴). گرینبرگ (۲۰۱۷) بیان می‌کند که در افراد افسرده پردازش‌های هیجانی ناسازگار، آشفتگی در روابط بین‌فردی و انگیزش‌های انتقام جویانه‌ی بیشتری وجود دارد (گرینبرگ، ۲۰۱۷). همچنین افراد درگیر شکست عاطفی با هیجانات حل و فصل نشده‌ای در روابط بین فردی مواجه می‌شوند (آقاگدی، گل پرور و آقایی، ۱۳۹۷) و این هیجانات پردازش نشده فرد را در برابر اختلالات هیجانی آسیب‌پذیر می‌کند (ولدارسکی منس و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین مطالعات نشان می‌دهد بخشش از افراد در برابر تجارب بین فردی منفی و ادراکات مربوط به افسردگی محافظت کرده و خاصیت پیشگیرانه‌ای برای اختلال افسردگی دارد (امیری، مسلمی فر و پناهی، ۲۰۲۰). با توجه به این‌که ایجاد بخشش، مستلزم تصدیق همدلانه‌ی هیجانات و اصلاح هیجانات ناسازگار است (فریدمن و انرایت، ۲۰۱۷). مداخلات مبتنی بر تسهیل و تغییر هیجانی از جمله درمان هیجان‌مدار می‌تواند جهت دسترسی به هیجانات سازگار و ارتقای بخشش در افراد مؤثر باشد (امیری و همکاران، ۲۰۲۰).

گرینبرگ و گلدمن[4] (۲۰۱۹) معتقدند درمان هیجان‌مدار[5] مداخله‌ای مؤثر در درمان افسردگی همراه با شکست عاطفی است. این رویکرد با دیدگاهی انسان‌گرایانه و تجربی در چارچوب نظریه‌ی هیجانی نوین و علوم اعصاب، تغییر هیجانی را مرکز تغییرات پایدار انسان در نظر می‌گیرد (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۱۹) و در آن هیجانات به عنوان بخش اصلی ساختار شخصیت فرد و عامل کلیدی برای خودسازماندهی[6] در نظر گرفته می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۱۵). مکانیسم عمل درمان هیجان‌مدار به این صورت است که درمانگر طی رابطه‌ای همدلانه، به هیجانات ناسازگار فرد دسترسی می‌یابد و با همراهی مراجع، آن‌ها را توسط هیجاناتی مانند بخشش، شفقت، همدلی و خشم محافظت‌کننده جایگزین می‌کند (گرینبرگ، ۲۰۱۷). در این درمان به مراجعه کنندگان کمک می‌شود تا هیجانات خود را شناسایی، تجربه و تنظیم کرده و در نهایت آن‌ها را پذیرفته و معنای جدید برای آن ایجاد کنند. در نتیجه افراد در مواجهه با هیجاناتی که قبلاً از آن‌ها اجتناب می‌کردند توانا می‌شوند (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۱۹). پژوهش‌هایی از جمله گرینبرگ (۲۰۱۵) و آقاگدی و همکاران (۱۳۹۷) اثربخشی این درمان را در افسردگی گزارش کرده‌اند.

با توجه به اینکه اختلال افسردگی نیازمند توجه بالینی است و شکست عاطفی می‌تواند به عنوان عامل راه‌انداز افسردگی در نظر گرفته شود (اداوی، مدملی، وفایی‌نژاد و عقیلی، ۱۳۹۸) لزوم بررسی اثربخشی رویکردی درمانی مبتنی بر تغییر هیجانی ضرورت می‌یابد. نتایج این پژوهش می‌تواند علاوه بر پیشگیری از مشکلات افراد درگیر با افسردگی و شکست عاطفی، کیفیت مداخلات و تهیه پروتکل‌های درمانی در این حوزه را نیز افزایش دهد؛

[1]- Forgiveness
[2]- Freedman & Enright
[3]- Woldarsky Meneses & Greenberg
[4]- Goldman
[5]- Emotion focused therapy
[6]- Self-organization

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش زنان دچار افسردگی همبود با شکست عاطفی بود.

روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی زنان ۱۸ الی ۳۵ سال دارای تجربه شکست عاطفی مراجعه‌کننده به مراکز روانشناسی و مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود. جهت انجام پژوهش، ابتدا فراخوان‌هایی در فضای مجازی و مراکز مشاوره شهر اصفهان منتشر شد و سپس پرسشنامه‌های نشانگان ضربه عشق و افسردگی بک به عنوان پیش‌آزمون برای افراد ارسال شد. تعداد ۴۵۰ نفر به صورت داوطلبانه پرسشنامه‌ها را تکمیل و بعد از بررسی اولیه پاسخ‌ها، ۸۰ نفر از زنانی که نمرات بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه‌های نشانگان ضربه عشق و افسردگی بک داشتند، براساس مصاحبه بالینی اختلالات محور یک انتخاب شدند.

سپس از این تعداد توسط قرعه‌کشی، ۳۰ نفر از افراد دارای علائم افسردگی به شیوه هدفمند و مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و پس از انجام مجدد مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک، به صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش گمارده شدند (هر گروه ۱۵نفر). در پژوهش‌های آزمایشی، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود (دلاور، ۱۳۹۷). معیارهای ورود به پژوهش شامل: رده سنی ۱۸ الی ۳۵ سال، گذشتن حداقل ۱ و حداکثر ۶ ماه از خاتمه رابطه، نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه نشانگان ضربه عشق و وجود نشانگان افسردگی براساس مصاحبه بالینی اختلالات محور یک بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: وجود اختلالات روانشناختی همایند، دریافت درمان دارویی یا روانشناختی در طول جلسات و علاقه‌مند نبودن آزمودنی به تکمیل پرسشنامه‌ها یا غیبت در بیش از دو جلسه از درمان بود.

جلسات درمان هیجان‌مدار به صورت گروهی و براساس پروتکل انگس و کاگان[1] (۲۰۱۳) به مدت ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش تشکیل و در این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های درد ذهنی، اجتناب تجربی و پذیرش و عمل را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه تکمیل نمودند. همچنین در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی شامل: محرمانه ماندن اطلاعات آزمودنی‌ها و وجود اراده و اختیار کامل برای آزمودنی‌ها جهت خروج از پژوهش و استفاده از داده‌ها در راستای اهداف پژوهش رعایت شد. پس از اتمام پژوهش، جلسات آموزشی مهارت‌های افزایش هوش هیجانی برای افراد گروه گواه در نظر گرفته شد. داده‌های حاصل از پژوهش، با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار افسردگی انگس و کاگان (۲۰۱۳) ارائه شده است. اعتباربخشی این پروتکل در ایران توسط خسروی اصل، نصیریان و بخشیان (۱۳۹۷) به اثبات رسیده است.

[1]- Angus & Kagan

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

جدول ۱ شرح جلسات درمان هیجان‌مدار افسردگی (انگس و کاگان، ۲۰۱۳)

جلسه	محتوای جلسه
اول	ارزیابی و ایجاد پیوستگی، بحران‌زدایی، معارفه و برقراری ارتباط، آشنایی با قوانین گروه، مفهوم‌سازی مشکل، آشنایی اعضای گروه با یک‌دیگر و ارائه شرح حال کوتاهی از خود، ایجاد پیوستگی بین اعضا، بررسی انگیزه درمان، ارائه منطق درمان هیجان‌مدار، انجام پیش‌آزمون
دوم	گسترش تجربه هیجانی، آشنایی با انواع هیجانات (اولیه، ثانویه و ابزاری) و شناخت جنبه‌های هیجانی خود و دیگران، تا گشایش مشکل اصلی، دستیابی و اعتباربخشی به هیجانات بنیادین و نیازهای برآورده نشده خود، کشف سبک پردازش هیجانی خود
سوم	تقویت ابرازگری هیجانی، اعتبار بخشی به هیجانات، دسترسی به نیازهای برآورده نشده
چهارم	تشدید هیجانی، مواجهه‌سازی تصوری، عمق‌بخشی به هیجانات و درگیری با تجربه هیجانی به مالکیت در نیامده، کار بر روی نشانگرهای خُرد، استفاده از فنون کار با صندلی
پنجم	تنظیم هیجانی، ابراز فرصت برای ایجاد فاصله کاری متناسب با هیجان، تنظیم هیجانات اصلی زیربنایی
ششم	تأمل و شناسایی نیازهای هیجانی، ردیابی هیجانات، تسهیل ابراز خواسته‌ها و نیازها
هفتم	تبدیل هیجانی، تحکیم بافت همدلانه، رسیدن به بینش تجربه‌ای در مورد هیجانات ناسازگار کنونی
هشتم	خودتسکین بخشی تبدیلی و مقابله‌ای، کار با موانع خودتسکین بخشی، تصور کردن خود آسیب‌پذیر
نهم	چهارچوب دهی مجدد، تحکیم و یکپارچه‌سازی، بررسی ایجاد روایت‌های جدید مرتبط با فقدان، خلق تجارب جدید، دریافت بازخورد اصلاحی، آگاهی از آسیب‌های خود، بازسازی تعاملات از دست رفته و تغییر رویدادهای مرتبط با آسیب
دهم	تسهیل دسترسی به راه‌حل‌های جدید و جلوگیری از بروز مجدد مشکل، تشخیص راه‌حل‌های جدید برای حل مشکلات قدیمی، تلاش برای انجام کاری در جهت رفع نیازهای هیجانی ارضا نشده، ارتقای روش‌های تعامل، تثبیت خود جدید، انجام پس‌آزمون

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم[1] (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک بر پایه یافته‌های بالینی بک، استیر و براون[2] در سال ۱۹۹۶ تهیه و تنظیم شده است. این مقیاس شاخص خود گزارشی ۲۱ گویه‌ای برای اندازه‌گیری افسردگی است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را می‌سنجد که دو ماده از آن به عاطفه، یازده ماده به شناخت، دو ماده به رفتارهای آشکار، پنج ماده به نشانه‌های جسمانی و یک ماده به نشانه‌شناسی میان فردی اختصاص یافته است (صالحیان، مکاری، دستانی و کیومرثی، ۱۴۰۱). هر ماده‌ی این پرسشنامه دارای ۴ گزینه است که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره آزمودنی‌ها در این مقیاس صفر و حداکثر ۶۳ است (یاسینکی و همکاران، ۲۰۱۹). نمره‌های صفر تا ۱۳ افسردگی بسیار کم، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (صالحیان و همکاران، ۱۴۰۱). در ایران طی پژوهش صالحیان و همکاران (۱۴۰۱)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۷ بدست آمد. بک استیر، بال و رانیری[3] (۱۹۹۶) همسانی درونی این مقیاس را بر حسب ضریب آلفای کرونباخ، از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را از ۰/۴۵ تا ۸۵/۰ گزارش کرده‌اند. در

[1]- Beck Depression Inventory
[2]- Steer & Brown
[3]- Ball & Ranieri

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک (SCID-5[1]): این ابزار مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته برای تشخیص‌گذاری اختلالات عمده محور یک براساس ملاک‌های پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. این مصاحبه توسط مارلن استینبرگ[2] در سال ۱۹۸۴ ابداع و هدف آن ارزیابی الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجع است که با تشخیص اختلالات ارتباط دارد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). اجرای این مصاحبه مستلزم قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در خصوص پاسخ‌های مصاحبه‌شونده است. در پژوهش‌های اخیر، تشخیص‌هایی که با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک گذاشته شده است، روایی بالاتری نسبت به سایر مصاحبه‌های بالینی استاندارد دارند (امینی، شریفی، اسدی، محمدی وکاویانی، ۱۳۸۶). این مصاحبه در دو نسخه بالینی و پژوهشی ارائه شده که در پژوهش حاضر، از نسخه بالینی آن استفاده شده است. ضریب کاپای ۰/۷ تا ۱/۰ به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای این ابزار گزارش شده است (عبدالا، نگ و سیدی[3]، ۲۰۱۸). توافق تشخیصی نسخه فارسی این ابزار، برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) بدست آمده است (امینی و همکاران، ۱۳۸۶).

پرسشنامه نشانگان ضربه عشق[4] (LTI): این پرسشنامه توسط راس در سال ۱۹۹۹ برای سنجش شدت ضربه عشق تهیه شده است و شامل ۱۰ ماده چهارگزینه‌ای است. حداقل نمره برای این پرسشنامه صفر و حداکثر ۳۰ است. هر سؤال از طیف ۴ گزینه‌ای تشکیل شده و فرد براساس تجربه شکست عاطفی خود مناسب‌ترین گزینه را انتخاب می‌کند. این مقیاس، ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم می‌کند و نقطه برش آن ۲۰ است. راس در بررسی خود ضریب آلفا این پرسشنامه را ۰/۸۱ و روایی صوری و محتوایی آن را نیز تأیید نمود (راس، ۲۰۰۷). دهقانی (۱۳۸۹)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ و ضریب پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۳ بدست آورد (امیری و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ بدست آمد.

مقیاس پذیرش و عمل[5] (AAQ): این مقیاس توسط هیز و همکاران در سال ۲۰۰۴، به منظور اندازه‌گیری اجتناب تجربی و عدم انعطاف‌پذیری روانی ساخته شد و حاوی ۱۰ گویه و یک عامل، با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است. در این مقیاس حداقل نمره ۱۰ و حداکثر نمره ۷۰ می‌باشد. نمره بالاتر اجتناب تجربی بیشتر و گرایش به انعطاف‌پذیری پایین را نشان می‌دهد (دریادل و همکاران، ۱۴۰۰). بوند[6] و همکاران (۲۰۱۱) ضریب بازآزمایی این مقیاس را ۰/۸۱ و همسانی درونی آن را بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۷ بدست آوردند. ضریب پایایی بازآزمایی در نسخه فارسی این پرسشنامه ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ گزارش شده است (ذریعه، نادری، عسگری و بختیارپور، ۱۴۰۰). در

[1]- Structured Clinical Interview for DSM-V
[2]- Marlene Steinberg
[3]- Abdullah, Ng & BinSidi
[4]- Love trauma inventory
[5]- Acceptance & Action Questionnaire
[6]- Bond

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

پژوهش حاضر روایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

پرسشنامه درد ذهنی[1] (OMMP): این مقیاس برای اندازه‌گیری درد ذهنی توسط اورباخ[2] و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است و دارای ۴۴ گویه و ۹ عامل شامل: تغییرناپذیری، فقدان کنترل، بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک‌زدگی (بهت)، ازخودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی (بی معنایی) است و آزمودنی‌ها در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت به سؤالات آن پاسخ می‌دهند (کرمی و همکاران، ۱۳۹۷). حداقل نمره در این مقیاس ۴۴ و حداکثر ۲۲۰ است و نمرات بالاتر حاکی از درد ذهنی بیشتر است. کرمی و همکاران (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۶ بدست آوردند و ضریب پایایی در پژوهش آن‌ها قابل قبول بوده است. همچنین توسانی[3] و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود ضریب بازآزمون این پرسشنامه را بین ۰/۷۹تا ۰/۹۴ و آلفای کرونباخ این مقیاس را در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۷ بدست آمد.

مقیاس بخشش هارتلند[4] (HFS): این مقیاس دارای ۱۸ سؤال و ۳ عامل است که توسط تامپسون[5] و همکاران در سال ۲۰۰۵ به منظور سنجش بخشش ساخته شده و از سه خرده مقیاس بخشش خود، بخشش موقعیت و بخشش دیگران تشکیل شده است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۷ درجه‌ای است و نمرات آن در محدوده ۱۸ تا ۱۲۶ قرار می‌گیرد. در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۶ و پایایی آن به روش ضریب تصنیف ۰/۷۷ محاسبه شده است (نوری و یوسفی، ۱۴۰۰). تامپسون و همکاران (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۷ گزارش نمودند. در این پژوهش روایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

یافته‌ها

براساس مطالعه حاضر، آزمودنی‌ها شامل۳۰ زن بودند؛ میانگین و انحراف استاندارد سن گروه گواه ۵/۳۴ ± ۲۶/۴۴ و گروه آزمایش۴/۶۳ ± ۲۷/۳۸ بدست آمد. در متغیر وضعیت تأهل در گروه گواه ۹ نفر مجرد (۶۰٪) و ۶ نفر متأهل (۴۰٪) و در گروه آزمایش ۱۰ نفر مجرد (۶۷٪) و ۵ نفر متأهل (۳۳٪)؛ در متغیر سطح تحصیلات در گروه گواه ۴ نفر دیپلم (۲۷٪)، ۹ نفر لیسانس(۶۰٪) و ۲ نفر در مقطع دکترا (۱۴٪) و درگروه آزمایش ۵ نفر دیپلم (۳۴٪)، ۷ نفر لیسانس (۴۷٪) و ۳ نفر در مقطع دکتری (۲۰٪)؛ در متغیر شغل در گروه گواه ۴ نفر دانشجو (۲۷٪)، ۶ نفر خانه‌دار (۴۰٪)، ۴ نفر کارمند (۲۷٪) و ۱ نفر شغل آزاد و سایر (۷٪) و در گروه آزمایش ۵ نفر دانشجو (۳۴٪)، ۵ نفر خانه‌دار (۳۴٪)، ۳ نفر کارمند (۲۰٪) و ۲ نفر شغل آزاد و سایر (۱۲٪) داشتند. همچنین در متغیر جایگاه اجتماعی-اقتصادی در گروه گواه، ۳ نفر در وضعیت ضعیف (۲۰٪)، ۶ نفر متوسط (۴۰٪) و ۶ نفر در وضعیت خوب (۴۰٪) و در گروه آزمایش ۴ نفر در وضعیت ضعیف (۲۷٪)، ۵ نفر متوسط (۳۴٪) و ۶ نفر در وضعیت خوب (۴۰٪) بودند. در جدول ۲ نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

[1]- Mental Pain Scale
[2]- Orbach
[3]- Tossani
[4]- Heartland Forgiveness Scale
[5]- Thompson

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

جدول ۲ نتایج میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درد ذهنی	آزمایش	۱۵۰/۵۶۲	۲۹/۴۹۱	۹۰/۵۰۰	۱۵/۳۴۹	۸۴/۰۰	۱۵/۰۵۵
	گواه	۱۳۴/۲۵۰	۳۸/۰۴۸	۱۳۳/۱۲۵	۳۸/۱۵۰	۱۳۳/۹۵	۳۸/۹۹۸
اجتناب تجربی	آزمایش	۴۳/۵۰۰	۱۱/۹۹۴	۳۳/۶۲۵	۱۰/۸۵۵	۳۲/۹۸	۱۰/۱۱۵
	گواه	۴۵/۰۶۲	۹/۴۴۰	۴۴/۳۱۲	۹/۷۵۵	۴۴/۸۶	۹/۰۶۴
بخشش	آزمایش	۵۹/۱۲۵	۱۰/۱۶۴	۸۵/۶۲۵	۸/۵۷۰	۸۹/۳۱۲	۱۰/۲۶۷
	گواه	۶۵/۳۱۲	۱۴/۵۲۲	۶۵/۱۸۷	۱۴/۲۸۸	۶۵/۹۲۶	۱۴/۰۰۹

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات بخشش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش، افزایش بیشتری نسبت به گروه گواه دارد. در حالیکه میانگین نمرات درد ذهنی و اجتناب تجربی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، در گروه آزمایش کاهش بیشتری نسبت به گروه گواه دارد. برای بررسی پیش فرض برابری واریانس در گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ آزمون لوین جهت ارزیابی پیش فرض برابری واریانس‌های نمرات متغیرها در سه مرحله پژوهش

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	F	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری
درد ذهنی	۲/۰۵۲	۰/۱۴۰	۳/۲۴۹	۰/۰۵۳	۲/۲۸۹	۰/۱۱۳
اجتناب تجربی	۱/۴۷۶	۰/۲۳۹	۰/۳۴۴	۰/۷۱۱	۰/۱۴۳	۰/۸۶۷
بخشش	۲/۶۱۵	۰/۰۸۴	۳/۸۸۷	۰/۰۵۸	۱/۸۹۳	۰/۱۶۲

همانطور که در جدول ۳ دیده می‌شود، پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها، در متغیرهای پژوهش شامل درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جامعه رد نشده است؛ لذا پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد (همه سطوح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ بود). در نتیجه می‌توان گفت واریانس بین گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیرهای وابسته تقریباً با هم برابر هستند و مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. در جدول ۴ به بررسی نتایج مقایسه بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش می‌پردازیم.

جدول ۴ نتایج تحلیل اثرات بین‌آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
درد ذهنی	بین‌آزمودنی	پیش‌آزمون	۲۳۹۳۹/۲۸	۱	۲۳۹۳۹/۲۸	۵۲/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۱/۰۰۰
		گروه	۴۹۸۷۳/۲۹۶	۱	۴۹۸۷۳/۲۹۶	۷۹/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	۱/۰۰۰
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۵۰/۳۷	۱	۲۰/۳۷	۳۰/۴۷	۰/۰۷۳	۰/۱۰۷	۰/۴۳۷

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
اجتناب تجربی		اثر زمان× پیش‌آزمون	۲۱/۶۹	۱	۲۱/۶۹	۱/۴۹	۰/۲۳۱	۰/۰۴۹	۰/۲۱۹
		اثر زمان× گروه	۲۳۵/۲۰۲	۱	۲۳۵/۲۰۲	۱۶/۲۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸	۰/۹۷۳
	بین‌آزمودنی	پیش‌آزمون	۳۲۰۵/۶۶	۱	۳۲۰۵/۶۶	۳۶/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۹	۱/۰۰۰
		گروه	۱۶۶۳/۷۶۹	۱	۱۶۶۳/۷۶۹	۱۹/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷	۰/۹۸۸
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۶/۳۴	۱	۶/۳۴	۰/۸۳۳	۰/۳۶۹	۰/۰۲۸	۰/۱۴۳
		اثر زمان× پیش‌آزمون	۶/۹۰۹	۱	۶/۹۰۹	۰/۹۰۷	۰/۳۴۹	۰/۰۳	۰/۱۵۱
		اثر زمان× گروه	۶/۶۳	۱	۶/۶۳	۰/۸۷	۰/۳۵۹	۰/۰۲۹	۰/۱۴۷
بخشش	بین‌آزمودنی	پیش‌آزمون	۵۷۳۴/۷۹۹	۱	۵۷۳۴/۷۹۹	۶۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳	۱/۰۰۰
		گروه	۱۰۷۴۰/۵۶۹	۱	۱۰۷۴۰/۵۶۹	۱۱۹/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۹/۴۹	۱	۹/۴۹	۰/۹۴۹	۰/۳۳۸	۰/۰۳۲	۰/۱۵۶
		اثر زمان× پیش‌آزمون	۱/۹۷	۱	۱/۹۷	۰/۲	۰/۶۵۸	۰/۰۰۷	۰/۰۷۲
		اثر زمان× گروه	۲۸/۷۸	۱	۲۸/۷۸	۲/۸۸	۰/۱۰۱	۰/۰۹	۰/۳۷۵

مطابق جدول ۴، در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات متغیرهای درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش در دو گروه آزمایش (درمان هیجان‌مدار) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p<۰/۰۰۱$). نتایج نشان داد که ۷۳/۳ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر درد ذهنی، ۳۹/۷ درصد در متغیر اجتناب تجربی و ۸۰/۱ درصد در متغیر بخشش به تفاوت بین دو گروه مربوط و به علت اثر مداخله بوده است. نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه آزمایش و گواه در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه دو گروه به تفکیک متغیرهای وابسته یا میانگین نمرات درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش در مراحل پژوهش

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری	حجم اثر	میانگین تعدیل‌شده گروه آزمایش	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		میانگین تعدیل‌شده گروه گواه	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
						حد پایین	حد بالا		حد پایین	حد بالا
درد ذهنی	پس‌آزمون	-۵۳/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۸۵/۰۳	۸۰/۵۲	۹۴/۵۴	۱۳۸/۵۹	۱۲۹/۰۸۷	۱۴۸/۱
	پیگیری	-۶۱/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲	۷۸/۲۴	۶۹/۱۵	۷۹/۳۳	۱۳۹/۷۱	۱۳۰/۶۱	۱۴۸/۷۹
اجتناب تجربی	پس‌آزمون	-۹/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳۶	۳۴/۱۷	۳۰/۵۷	۳۷/۷۸	۴۳/۷۶	۴۰/۱۵	۴۷/۳۷
	پیگیری	-۱۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸	۳۳/۴۹	۳۰/۰۵	۳۶/۹۳	۴۴/۳۶	۴۰/۹۲	۴۷/۸
بخشش	پس‌آزمون	۲۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۲	۸۸/۰۸	۸۴/۷۶	۹۱/۴۱	۶۲/۷۳	۵۹/۴	۶۶/۰۶
	پیگیری	۲۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۹۱/۶۸	۸۷/۶۳	۹۵/۷۳	۶۳/۵۵	۵۹/۵۱	۶۷/۶۱

نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر سه متغیر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش بین گروه گواه با گروه درمان هیجان‌مدار ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پژوهش در فاصله اطمینان ۹۵ درصد قرار داشت و صفر در

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

کران بالا و پایین نبود. فواصل اطمینان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در متغیر درد ذهنی همپوشی ندارد؛ اما در متغیرهای اجتناب تجربی و بخشش، همپوشی نشان داد و بیانگر آن است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در این گروه در متغیر درد ذهنی تفاوت وجود دارد؛ اما در متغیرهای اجتناب تجربی و بخشش تفاوت وجود ندارد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش زنان دچار افسردگی همبود با شکست عاطفی انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که این درمان می‌تواند بر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش زنان دچار افسردگی همبود با شکست عاطفی مؤثر باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان هیجان‌مدار موجب کاهش معنادار درد ذهنی در زنان دارای افسردگی همبود با شکست عاطفی شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بگیان کوله‌مرز، مؤمنی و الهی (۱۳۹۸)؛ تیمولاک (۲۰۱۵) و کوریان (۲۰۱۴) همسو بود. نتایج مطالعات پیشین نشان داد درمان هیجان‌مدار ضمن ایجاد یک رابطه امن می‌تواند برای مقابله با هیجانات ناسازگار ناشی از درد ذهنی مؤثر باشد. در تبیین این فرض می‌توان گفت هیجانات اولیه، راهنمایی برای رسیدن به نیازهای اساسی هستند و عدم دستیابی به آن‌ها منجر به ایجاد درد ذهنی می‌شود. در همین راستا تیمولاک (۲۰۱۵) مدل تبدیل درد هیجانی را در درمان هیجان‌مدار مطرح می‌کند که شامل کنار زدن هیجانات ناسازگار، رسیدن به هیجانات اولیه، دسترسی به نیازهای اساسی و نهایتاً ایجاد عاملیت و توانمندی در افراد برای رفع آن نیازها است. این درمان با تبدیل هیجانات ناسازگار به هیجانات سازگار اولیه، تجربه‌ای جدید و اصلاحی برای فرد ایجاد می‌کند که در نهایت موجب کاهش میزان درد ذهنی در افراد می‌شود.

سایر یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار به طور معناداری بر کاهش اجتناب تجربی زنان دارای افسردگی همبود با شکست عاطفی تأثیرگذار بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های ذریعه و همکاران (۱۴۰۰) و اسمری و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پردازش هیجانات ناسازگار از جمله اجتناب هیجانی و افزایش توانمندی برای تجربه هیجانات سازگار همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت اجتناب از تجربیات یک مؤلفه‌ی هیجانی ناسازگار است که مانع از تجربه‌ی هیجانات سازگار می‌شود. همچنین یکی از ویژگی‌های افراد افسرده، اجتناب از موقعیت‌هایی است که هیجانات منفی را فراخوانی می‌کند و می‌توان گفت در بافت همدلانه‌ی درمان هیجان‌مدار و به وسیله فنون کار با صندلی که در جدول ۱ (پروتکل درمان هیجان‌مدار برای افسردگی) به آن اشاره شده است به افراد کمک می‌شود تا هیجان متعاقب با موقعیت‌های دردناک را تجربه کنند. مکانیسم عمل در درمان هیجان‌مدار به این صورت است که افراد می‌توانند پاسخ‌های هیجانی متناسبی به موقعیت‌های دردناک بدهند که در نهایت منجر به کاهش رفتارهای اجتنابی و کاهش رفتارهای تقویت کننده افسردگی می‌شود.

همچنین یافته‌ی دیگر مطالعه حاضر نشان داد که درمان هیجان‌مدار به طور معناداری موجب افزایش بخشش زنان دارای افسردگی همبود با شکست عاطفی شده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش دهقانی، اصلانی و امان‌الهی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

(۱۳۹۸)؛ آقاگدی و همکاران (۱۳۹۷)؛ نامنی، محمدی‌پور و نوری (۱۳۹۶) و ولدارسکی منس و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ارتقای بخشش در زنان آسیب دیده از شکست عاطفی در یک راستا بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت افراد افسرده، در روابط خود توانایی روانشناختی کمتری جهت تولید پاسخ‌های سازگارانه بین فردی دارند. در درمان هیجان‌مدار توسط بافت همدلانه در رابطه بین مراجع و درمانگر، به افراد یاری می‌شود تا نسبت به هیجانات دردناک و پردازش نشده بین فردی خود بینش و آگاهی کسب کنند. این مورد منجر به ایجاد پاسخ‌هایی می‌شود که می‌تواند تعارضات بین فردی را کاهش دهد و در نهایت می‌تواند موجب کاهش علائم اختلالات هیجانی از جمله افسردگی شود (دل‌پالاکیو گونزلز و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین پردازش هیجانات منفی در یک رابطه امن منجر به تجربه بخشش و رهایی می‌شود. در نهایت می‌توان گفت در درمان هیجان‌مدار افراد ضمن تجربه هیجانات سازگارانه مانند همدلی و درک متقابل، بخشش، رهایی و فنون انطباقی جدیدی را برای مقابله با هیجانات منفی ناشی از افسردگی و شکست عاطفی بدست می‌آورند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند موجب بهبود مؤلفه‌های هیجانی(درد ذهنی)، رفتاری (اجتناب تجربی) و بین‌فردی (بخشش) در زنان مبتلا به افسردگی دارای تجربه شکست عاطفی شود. نتایج این مطالعه می‌تواند علاوه بر پیشگیری از مشکلات این گروه از افراد،کیفیت مداخلات و تهیه پروتکل‌های درمانی در این حیطه را نیز افزایش دهد. روش نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، عدم بررسی متغیرهای فرهنگی و اجتماعی، اجرای پژوهش منحصراً در جامعه زنان و عدم توجه به نوع و کیفیت رابطه عاطفی از دست رفته، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به این محدودیت‌ها و کمبود پیشینه پژوهشی پیشنهاد می‌شود در کنار پرسشنامه‌های خودگزارشی از ابزارهای کیفی سنجش با تمرکز بر نشانه‌های بدنی و هیجانی استفاده شود و اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی و گروهی، در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف با هم مقایسه شود.

سپاسگزاری

از مساعدت مسئولانه تمامی بانوان عزیزی که در این پژوهش حضور یافتند، کمال تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله دکترا و دارای کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه شهید چمران اهواز به شناسه EE/99.3.02.63784/scu.ac.ir می‌باشد. در این پژوهش هیچگونه تضاد منافعی گزارش نشده است.

References

Abdullah MFI LB, Ng YP, Sidi HB. (2018). Depression and anxiety among traumatic brain injury patients in Malaysia. Asian journal of psychiatry, 37, 67-70.

Adavi A, Madmoli Y, Vafaeenezhad F, Aghilirad S. (2019). Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Depression in Students with Emotional Breakdown at Dezful University of Medical Sciences, Iran. SJNMP, 5(2), 38-47. (In Persian)

Aghagedi P, Golparvar M, Aghaei A. (2018). The Effect of "Forgiveness Based Mindfulness Therapy" and "Emotionally Focused Therapy" on Forgiveness of Women who damaged by their Husbands' Infidelity. JHPM, 7(5), 46-54. (In Persian)

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]

disorders, fifth edition. Arlington: American Psychiatric Association.

Amini H, Sharifi V, Asaadi SM, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y. (2008). Validity of the Iranian version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) in the diagnosis of psychiatric disorders. Payesh, 7(1). (In Persian)

Amiri F, Moslemifar M, Showani E, Panahi A. (2020). Effectiveness of forgiveness therapy in the treatment of symptoms of depression, anxiety, and anger among female students with love Trauma Syndrome. Journal of Advanced Pharmacy Education & Research, 10(1), 98-105.

Angus LE, Kagan F. (2013). Assessing client self-narrative change in emotion focused therapy of depression: An intensive single case analysis. Psychotherapy, 50(4), 525-534.

Asmari Bardehzard Y, Rasooli R, Eskandari H. (2017). The Effectiveness of Emotion-Focused Group Therapy on Increase Social - Emotional Skills, Decreasing Depression, in bullying students. Journal of Psychological Studies, 13(3), 77-94. (In Persian)

Bagian Koleh Marz MJ, Karami J, Momeni K, Elahi A. (2019). Comparison of the effectiveness of the Cognitive-Behavioral Analysis Psychotherapy System (CBASP) and the integration of dialectical behavior therapy with compassionate mind-based cognitive therapy to reduce mental pain and emotional regulation difficulties in suicidal individuals. Clinical Psychology Studies, 34(9), 35-63. (In Persian)

Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and II in psychiatric outpatients. Journal of personality assessment, 67(3), 588-597.

Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther, 42(4), 676-688.

Daryadel SJ, Mikaeili N, Molavi P. (2021). The effectiveness of meta-emotion combined therapy on reducing anxiety sensitivity and experiential avoidance in women with postpartum depression. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 8(3), 116-127. (In Persian)

Dehghani M, Aslani K, Amanelahi A, Rajabi G. (2019). The effectiveness of emotionally focused couples therapy based on attachment injury resolution model on forgiveness among the injured women with marital infidelity. Family Counseling and Psychotherapy, 9(1), 143-160. (In Persian)

Dehghani M. (2010). The effectiveness of short-term psychotherapy modulating anxiety in improving trauma symptoms, Ph.D. thesis in clinical psychology. University of Welfare and Rehabilitation Sciences. (In Persian)

Del Palacio-González A, Clark DA, O'Sullivan LF. (2017). Distress severity following a romantic breakup is associated with positive relationship memories among emerging adults. Emerging Adulthood, 5(4), 259-267.

Delavar Ali. (2017). Educational and Psychological Research, 49th edition, Tehran: virayesh. (In Persian)

Freedman S, Enright RD. (2017). The use of forgiveness therapy with female survivors of abuse. Journal of Women Health Care, 6(03), 1-17.

Greenberg LS, Goldman RN. (2019). Clinical handbook of emotion-focused therapy (pp. xiv-534). American Psychological Association.

Greenberg LS. (2015). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg LS. (2017). Emotion-focused therapy of depression. Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 16(2), 106-117.

Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. The Psychological Record, 54(4), 553-578.

Karami J, Begian MJ, Momeni K, Divine J. (2018). Assessment of Mental Pain: Characteristics of

Psychometrics and Confirmatory Factor Analysis of the Multidimensional Mental Pain Questionnaire (OMMP). Quarterly Journal of Health Psychology, 25(7), 146-172. (In Persian)

Khosravi Asl M, Nasirian M, Bakhshayesh A. (2018). The Impact of Emotion-focused Therapy on Anxiety and Depression among Female-Headed Households in Imam Khomeini Relief Committee. Journal of Community Health Research, 7(3), 173-182. (In Persian)

Kurian G. (2014). Emotionally-Focused Therapy in Adolescents Grief Work: What Helps Healthy Grieving?. Annals of Psychotherapy & Integrative Health, 1-14.

Meerwijk EL, Ford JM, Weiss SJ. (2015). Resting-state EEG delta power is associated with psychological pain in adults with a history of depression. Biological Psychology, 105, 106-114.

Nameni E, Mohammadipour M, Nouri J. (2016). The effectiveness of group-based emotion-oriented therapy on interpersonal forgiveness and hope in divorced women. Journal of Counseling and Psychotherapy, 29(8), 57-78. (In Persian)

Nouri S, Yusefi F. (2022). Comparing the Effectiveness of Forgiveness Therapy and Mindfulness Training on Improving Forgiveness among High School Students. Military Psychology, 13(49), 65-88. (In Persian)

Rosse RB. (2007). The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart. Lifelong Books.

Salehian MH, Mokari Saei S, Dastani S, Qiumarsi E. (2022). The impact of adverse childhood experiences, psychological distress and resilience on depression in amateur athletes. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9(2), 106-116. (In Persian)

Thompson LY, Snyder CR, Hoffman L, Michael ST, Rasmussen HN & et al. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. Journal of Personality, 73(2), 313-360.

Timulak L. (2015). Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach. Routledge.

Tossani E, Riccis Garotti MG, Mikulincer M, Giovagnoli S, Calzolari G, Landi G, Grandi S. (2021). Psychometric evaluation of the Italian version of Orbach & Mikulincer mental pain scale in a non-clinical sample. Current Psychology, 40(4), 1903-1910.

Troister T, D'Agata MT, Holden RR. (2015). Suicide risk screening: comparing the beck depression inventory-II, beck hopelessness scale, and psychache scale in undergraduates . Psychological Assessment, 27(4), 1500-1506.

Vafapoor H, Karami J, Momeni K. (2021). The role of experimental avoidance, emotional regulation difficulties, and body image concern in predicting the probability of suicide among adolescent girls. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 8(2), 88-99. (In Persian)

Woldarsky Meneses C, Greenberg LS. (2014). Interpersonal forgiveness in emotion focused couples' therapy: relating process to outcome. Journal of marital and family therapy, 40(1), 49-67.

Yasinski C, Hayes AM, Ready CB, Abel A, Görg N, Kuyken W. (2019). Processes of change in cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: psychological flexibility, rumination, avoidance, and emotional processing. Psychotherapy Research, 30(8), 1-15.

Zarieh S, Naderi F, Asgari P, Bakhtiarpour S. (2022). The effectiveness of emotion-focused therapy in psychological flexibility and internal cohesion among cardiovascular patients with obesity. Journal of the Faculty of Medicine of Mashhad University of Medical Sciences, 64(3), 63-74. (In Persian)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.6.6.7]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64]